Ueber

Bauchdeckenfibrome.

Inaugural-Dissertation,

welche

zur Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin und Chirurgie

mit Zustimmung

der medicinischen Facultät

der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

am Freitag, den 1. August 1890

nebst den angefügten Thesen

öffentlich verteidigen wird

der Verfasser

Richard Lange

aus Heilsberg (Ostpreussen).

Opponenten:

Herr Dr. med. F. Detlefsen.

„ Dd. med. P. Erdmann.

„ Dd. med. M. Seeger.

Berlin.

Gedruckt bei W. Röwer, N. Elsasser Strasse 5.

Seiner teuren Mutter

in

Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535701_0160

Unter den Neubildungen der Bauchdecken, welche immerhin nur selten in die Erscheinung treten, nehmen die typischen Geschwülste, was ihre Häufigkeit anbelangt, den atypischen gegenüber die erste Stelle ein und erregen darum um so mehr unser Interesse. Neben den Cysten sind es wesentlich die Geschwülste, welche der Bindegewebsreihe angehören: die fascialen Sarcome und Fibrome. Seit dem Jahre 1885 bis Mai 1890 sind in der Berliner Universitäts-Frauenklinik nur neun Fälle von Bauchdeckenfibromen zur Beobachtung gekommen, so dass der Zeitraum von fünf Jahren schon allein für die ausserordentliche Seltenheit genannter Geschwülste ein guter Fingerzeig ist. Ferner sprechen auch die vereinzelten Mitteilungen in der Litteratur dafür, welche mir zur Einsicht auslagen.

Was die Aetiologie betrifft, so sind noch lange nicht die Acten darüber geschlossen, und ich darf daher wohl mit nur wenigen Worten dieselbe kurz berühren. Grätzer springt in seiner Arbeit „Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand“ auf das Entschiedenste für die Cohnheimsche Theorie der embryonalen Anlage ein, eine Theorie, die auch zugleich die hintere Rectusscheide als den Ausgangspunkt der Bauchdeckenfibrome verantwortlich machen soll. Anders bei Herzog: „Ueber Fibrome der Bauchdecken.“ Herzog nimmt als ätiologisches Moment das Trauma an und wird durch v. Volkmann und Ebner in seiner Ansicht unterstützt. Wenn man den Artikel Ebners in der Berl. klin. Wochenschrift liest: Patientin habe sich schwere

Mehlsäcke aufladen lassen und sofort einen brennenden Schmerz an jener Stelle empfunden, an welcher sich nach kurzer Zeit eine nicht unbedeutende Geschwulst entwickelt habe, ich sage, wenn man diese Angaben durch die Anamnese erhält, sollte es da nicht etwas Bestechendes für sich haben, das Trauma für die Ursache der Geschwülste zu halten!

Darf ich ferner den ersten der von mir angeführten Fälle ins Feld führen: Bei einem 23jährigen Mädchen ist wegen eines Ovarialtumors die Laparotomie gemacht worden; ca. vier Jahre später entwickelte sich an jener Stelle der Bauchdecken, welche durch starke Adhäsionen mit den Beckenorganen verwachsen war, ein Fibrom — auch dieser Fall macht es mir wahrscheinlicher, dass ein Trauma — denn als solches muss ich die voraufgegangene Operation betrachten — die Ursache gewesen ist, als dass ich nach der Cohnheimschen Theorie eine Erklärung für die Geschwulstbildung finden möchte. Ueberdies ist die Persistenz wahrhaft embryonaler Gewebskeime keineswegs nachgewiesen, und die Versuche mancher Forscher (v. Kölliker, Zahn, Hasse) rechtfertigen nur die Annahme, welche zur Bildung von Geschwülsten die Proliferations- und Vermehrungsfähigkeit der Zellen unbedingt voraussetzt.

Die Erfahrung lehrt, dass diese Geschwülste beim weiblichen Geschlecht bei weitem häufiger vorkommen als beim männlichen, und unter den Frauen stellen wiederum die Multiparae das grösste Kontingent. Nach der Zusammenstellung von Guerrier waren unter 41 Fällen nur drei bei Männern beobachtet worden, also 7,34 pCt. Aber immerhin liefern die wenigen bis jetzt bekannten Fälle, in denen junge, vorher gesunde Männer und Jungfrauen (cf. Ebner und Fall I) wegen eines Bauchdeckenfibroms operiert worden sind, den Beweis, dass auch diese Tumoren in ähnlicher Weise einem Trauma ihre Entstehung verdanken, wie z. B. das Carcinoma mammae einem starken Stoss oder Schlag auf die Brust. Oft

empfinden Leute bei schwerer körperlicher Arbeit nämlich plötzlich einen heftigen, brennenden Schmerz an der Innenseite der Bauchdecken, der auf eine Zerreissung der Muskelbündel oder deren Umhüllungen zurückzuführen ist. Nach erfolgter Ruptur bildet sich ein Blutextravasat, das mitunter selbst nach vielen Jahren erst zur Resorption gelangen kann. Virchow hat uns zuerst mit diesen pathologischen Verhältnissen bekannt gemacht und das Extravasat mit dem Namen Muskelhämatom belegt. Im anderen Falle kann unmittelbar aus ihm ein Fibrom hervorgehen. Dadurch dass die Muskelenden anschwellen und mit dem Blutextravasat eine mehr oder weniger grosse, tumorartige Verdickung bilden, kann die Differentialdiagnose sehr erschwert werden, falls der Patient kurze Zeit nach der Verletzung zur Untersuchung kommt. Berücksichtige ich nun die Verhältnisse bei einer Frau, die oft geboren hat, so ist leicht einzusehen, dass die durch den schwangeren Uterus breit ausgedehnten und stark auseinander gezerrten Bauchmuskeln eine Art Disposition schaffen. Darin stimmen nämlich die Beobachtungen alle überein, dass in der Mehrzahl der Fälle die Bauchdeckenfibrome nach vorangegangener Schwangerschaft zur Entwickelung gelangen. Diese Entstehungsweise macht es zugleich auch erklärlich, warum gerade Multiparae bei weitem am häufigsten mit Bauchdeckenfibromen behaftet sind.

Anscheinend ist das Alter für die Geschwulstentwickelung ohne Bedeutung; indessen kommen die meisten Bauchdeckenfibrome im mittleren Lebensalter vor.

Soweit mir die anatomischen Präparate zur Verfügung standen, lasse ich jetzt eine Beschreibung der einzelnen Tumoren folgen unter Berücksichtigung der Mikroskopie in Fall VIII und IX.

Ad III. Kleinfaustgrosser, fester Tumor, von fibröser Konsistenz, welcher keine vollständig glatte Oberfläche hat, sondern an einzelnen Stellen lappenförmig eingerissen ist. An einer Stelle hat derselbe eine hilusähn-

liche Einziehung, in die quergestreifte Muskulatur hineintritt; an der entgegengesetzten Seite sieht man zerstreut einige Muskelbündel sich ansetzen. Auf dem Durchschnitt erscheint der Tumor fibrös, leicht gelblich verfärbt.

Ad IV. Fast hühnereigrosser, rundlicher Tumor in den Bauchdecken, der an einer etwas zugespitzten markstückgrossen Stelle von glattem Peritoneum bekleidet ist, im übrigen Reste von bindegewebigen Häuten an sich trägt. An einer Stelle sitzt ein Rest der Muskulatur; mit ihm in Zusammenhang ein Stück sehniger Membran. Im Durchschnitt hat der Tumor fibröse Structur und ist von ziemlich harter Konsistenz.

Ad V. Fast doppelfaustgrosser, solider Tumor, dessen Oberfläche bindegewebige Membranen trägt, die teilweise abgerissen, teilweise adhärent sind; es sitzen Reste von quergestreifter Muskulatur an denselben, die an einigen Stellen in sehnige Fasern übergehen. Sonst ist im ganzen die Oberfläche glatt. Auf dem Durchschnitt hat der recht harte Tumor ein scheckig gelbes Aussehen; an einzelnen Stellen blassrötlich. Das Bindegewebe des Tumors bildet eine netz-, streifenartige Grundsubstanz.

Ad VI. Hühnereigrosser, solider Tumor. Auf der Fläche ein abtrennbares Stück Fascie. Tumor schneidet sich derb. Die oben erwähnte, von der Fascie bedeckte Fläche ist plan., ihre andere (vordere) konvex. Der Tumor scheint von einer Kapsel eingeschlossen, welche mit ihm aber fest verwachsen ist. Auf dem Durchschnitt erscheint der Tumor ungleichmässig. Zur Hälfte erscheint das Gewebe weisslich gelb, die andere Hälfte ist schneeweiss. Er lässt deutlich konzentrisch verlaufende Faserzüge erkennen.

Ad VII. Abgeplatteter Tumor von rundlicher Form. Oberfläche mit zahlreichen Fetzen versehen. Auf dem Durchschnitt sieht das Gewebe grauweiss, faserig aus. Peripher ist der Tumor deutlich von einer Kapsel umhüllt.

Ad VIII. Die Tumormasse besteht aus zahlreichen Spindelzellen, in grossen Zügen, teils längs, teils quer und schräg getroffen. Die Zellen besitzen langgestreckte Gestalt mit sehr blassem Protoplasma. An manchen Stellen auch sternförmige Zellen, ganz vereinzelt Rundzellen. Die Zellgrenzen und die der Ausläufer sind scharf und deutlich erkennbar Die zwischen den Zellen liegende Grundsubstanz ist bei stärkster Vergrösserung nur als homogene, höchstens feinstreifige Masse erkennbar. Der Zellkern fast überall einfach, länglich oval und fein gekörnt, lässt bisweilen ein Kernkörperchen erkennen. Grössere Gefässe sind nicht vorhanden. Die den Tumor durchziehenden Capillaren haben ein stark zellenreiches Endothel. Das dem Tumor benachbarte Bindegewebe ist lockig, kernarm und trägt in etwas zellenreicherer Umgebung grössere Gefässe. Vom Muskel ist der Tumor durch eine schmale Zone Bindegewebe getrennt. Lymphspalten oder Erweichungsherde sind nirgends zu entdecken.

Ad IX. Etwa faustgrosser, solider Tumor. Gewicht 150 gr. Von unregelmässiger, grosshöckeriger Oberfläche und einer fibrösen Kapsel umgeben. Der Tumor schneidet sich sehr schwer, knirrscht unter dem Messer. Auf dem Durchschnitt zeigt er sich als zusammengesetzt aus fibrösen Fasern, welche sich vielfach kreuzen.

Der Tumor zeigt im ganzen dieselbe Structur, nur mit dem Unterschied, dass hier die Faserzüge mehr in einander geschlungen und straffer zu sein scheinen als im vorigen Präparate. Zellen auch meist langgestreckte Spindelzellen. Kern bisweilen bläschenförmig, mit bald mehr, bald weniger erkennbarem Kernkörperchen. Grundsubstanz hier weniger homogen wie im vorigen Fall. Spindelzellen an manchen Stellen zu lockigen Zügen angeordnet. Rundzellen sind nirgends vorhanden. Einzelne grössere, hauptsächlich venöse, ectatische Gefässe durchziehen den Tumor. Capillaren sehr spärlich. Am

Endothel keine Veränderung. Erweichungsherde fehlen auch hier.

Nélaton hat zuerst desmoide Geschwülste beschrieben, welche von der Fossa iliaca oder der Crista ossis ilei ausgingen und namentlich bei Frauen zur Beobachtung gelangten. In der neueren Litteratur wird gewöhnlich die hintere Rectusscheide als der Ausgangspunkt angegeben, was ich ebenfalls in acht der obigen Fälle bestätigen kann. In Fall VIII nahm das Fibrom nicht von der Rectusscheide oder Rectus selbst seinen Ursprung, sondern von der Fascia transversa, welche von der Linea semicircularis Douglasii bis zur Symphyse herab die hintere dort fehlende Rectusscheide ersetzt. In der ersten Zeit nehmen die Bauchdeckenfibrome nur sehr langsam an Umfang zu, so dass sie lange ihrem Träger unbemerkt bleiben. Oft kommen sie nach voraufgegangener Schwangerschaft zur Entwickelung, und zwar nimmt man an, dass dann Muskelrisse die Veranlassung gewesen sind. In vielen Fällen wachsen die Geschwülste darauf infolge des geringeren Widerstandes, der ihnen von den schlafferen Bauchmuskeln entgegengesetzt wird, um so schneller und erregen darum plötzlich die Besorgnis der Frauen. Die Angabe Suadicanis, dass während des Puerperium ein Stillstand im Wachstum eintritt, ist bis jetzt nur mit Misstrauen entgegengenommen. Der Fall III veranlasst mich jedoch, die Mitteilung zu unterstützen. Die Patientin giebt mir aufs bestimmteste an, dass die Geschwulst in und nach der ersten Schwangerschaft unter genauer Beobachtung nur langsam sich vergrössert, nach der zweiten aber sich zurückgezogen habe. Im allgemeinen wird das Wachstum der Bauchdeckenfibrome durch die Gravidität begünstigt.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch die Bemerkung anknüpfen, dass nach meiner Beobachtung die Fibrome sich bei weitem häufiger auf der rechten Seite entwickeln, als auf der linken. Nicht nur, dass unter obigen neun Fällen sechsmal der Sitz ein rechtsseitiger

war — einmal sass der Tumor auf dem Mons Veneris, also in der Mittellinie, was von Herzog bestritten wird —, sondern auch beim Studium der Litteratur habe ich diese Wahrnehmung für die Mehrzahl der Fälle gemacht.

Gleichviel von welcher Stelle der Tumor ausgeht, so viel ist gewiss, dass er bei einer gewissen Grösse das Bauchfell erreichen wird, wenn nicht vorher operativ eingeschritten wird. Hierbei kann es nur zu Verwachsungen kommen, oder der Tumor durchbricht das Peritoneum, so dass ein Teil des Tumors frei in der Bauchhöhle zur Entwickelung kommt. Diese Form der Bauchdeckenfibrome hat man wegen der Aehnlichkeit in ihrer Gestalt mit einem Hemdenknopf verglichen. — Ueber die weiteren Beziehungen zum Peritoneum s. u.

Die Symptome, welche die Bauchdeckenfibrome machen, einheitlich zu schildern, bin ich nicht imstande. Fasse ich zunächst diejenigen Fälle zusammen, in denen der Tumor noch klein war und durch frühzeitige Operation beseitigt wurde, so haben die Frauen nur geringe Klagen geäussert. Keine dauernden Schmerzen werden angegeben, wohl aber macht sich zu Zeiten ein unangenehmes, ziehendes Gefühl geltend; oder auf Druck der Geschwulst treten Schmerzen auf, wiewohl für gewöhnlich diese Tumoren auf Druck nicht schmerzhaft sind. Dagegen sind die Symptome zahlreicher und ernsterer Art, sobald die Tumoren eine beträchtliche Grösse erreicht haben. Durch die eigene Schwere erzeugen sie die heftigsten Schmerzen, die nun entweder anhaltend oder intermittierend, fix oder irradiierend sein können. Im letzten Falle strahlen sie nach dem Becken, der Weiche oder oft dem Schenkel aus. Zur Zeit der Menstruation nehmen in der Regel die Schmerzen zu. Bei Frau Z. stellten sich schon am zweiten Abend nach der ersten Entbindung halbstündlich heftige Seitenstiche ein; dazu gesellschaftete sich ein brennendes und stechendes Gefühl im Unterleib auf der rechten Seite. Der Krankheitszustand leitete sich nach der Angabe der Patientin

durch Fieber mit Schüttelfrost ein, das unmöglich auf den Tumor zurückzuführen ist. Vielmehr bin ich der Ansicht, dass das Fieber, wie es so oft der Fall ist, durch eine Erkrankung im Wochenbett bedingt war. Nach mehreren Wochen besserte sich das Allgemeinbefinden, um dann wieder von neuem einen Rückfall zu erleiden. Der Appetit der Patientin lag völlig darnieder. Ebenso war die Verdauung behindert; auch litt Patientin in jener Zeit an Schwindel, Uebelkeit und Erbrechen. Der Stuhlgang ist stets angehalten gewesen. Dazu kam schliesslich noch ein starkes Angstgefühl auf der Brust hinzu. Während der zweiten Schwangerschaft nahmen alle Beschwerden ab, so dass Frau Z. wieder ihren Pflichten als Hausfrau und Mutter nachkommen konnte, was ihr vorher unmöglich war. Indessen griff nach der zweiten Entbindung das Leiden um so heftiger um sich, dass Patientin sich zur Operation entschloss. Rückt die Krankheit in ein noch späteres Stadium, so kommt es zur Abmagerung und Cachexie, ohne dass die Geschwülste einen bösartigen Charakter anzunehmen brauchen. Bedenklich werden diese Tumoren nur durch ihre Grösse.

Die Diagnose ist in den frühen Stadien durchaus leicht zu stellen. Bei der Inspection nimmt man eine circumscripte Hervorwölbung der Bauchdecken an der betreffenden Stelle wahr, während der palpierende Finger sich leicht von der glatten, in einzelnen Fällen auch lappigen Oberfläche und der gleichmässig harten Konsistenz überzeugt. Sehr selten wechseln härtere mit weicheren Stellen ab; eine Fluctuation fehlt stets. Die Haut über der Geschwulst zeigt nichts Ungewöhnliches und lässt sich in mehr oder minder grossen Falten abheben. Der Tumor selbst ist unter der Haut in der Regel verschiebbar; indessen nimmt die Beweglichkeit mit der Grösse desselben ab, zumal wenn sich Verwachsungen mit der Haut herausgebildet haben. Ob das Peritoneum auch mit der Geschwulst verwachsen ist, lässt sich durch die Palpation nicht bestimmt vor-

hersagen, eine Thatsache, die heute auch von weniger Belang ist als zu Zeiten, wo der Operateur noch nicht unter dem Schutze der Antiseptik arbeitete. Der Tumor lässt sich gewöhnlich gut umgreifen.

Schwieriger wird die Diagnose in den Fällen, in welchen die Tumoren eine ausserordentliche Grösse erreichen und darum leicht extraperitoneale Geschwülste irrtümlich vortäuschen. Die Untersuchung per rectum wird stets einen sicheren Aufschluss geben. Die Percussion ergiebt über dem Tumor gedämpften Schall. Auf die Differentialdiagnose gehe ich nicht weiter ein (Grätzer). In Rede könnten Lipome, Sarcome des Netzes, Echinococcencysten, Hernien, Ovarialtumoren und schliesslich abgekapselte Exsudate kommen.

Die Prognose ist stets eine gute bei den Bauchdeckenfibromen in frühen Stadien. Etwas getrübt dagegen wird die Vorhersage, wenn die Operation zu weit hinausgeschoben wird. Wenn auch das Wachstum anfangs ein sehr mässiges ist, so pflegen diese Tumoren doch in der Regel später recht schnell zu wachsen, und hieraus ergiebt sich eine grössere Gefahr, bedingt durch die Verwachsungen der Geschwulst mit dem Bauchfell. Bösartig werden die Bauchdeckenfibrome so gut wie nie, bisweilen gehen sie im Falle eines Recidivs in Fibrosarcome über. Auch dann zeichnen sie sich noch immer vor den Infectionsgeschwülsten dadurch aus, dass sie keine Metastasen machen. Andererseits können sie mit Neigung zur Geschwürsbildung aufbrechen, verfetten, erweichen, zerfallen und verkalken, doch ist ein solcher Ausgang der Bauchdeckenfibrome nie beobachtet worden.

Die Therapie beruht einzig und allein auf dem Messer, und zwar ist aus den oben angeführten Gründen die Operation so früh als möglich angezeigt, um Verwachsungen des Tumors mit dem Peritoneum möglichst zu beschränken. Trifft letzteres nicht zu, so lässt sich der Tumor nach Durchtrennung der Haut über demselben aus den Muskeln oder der Fascie leicht heraus-

schälen, ohne die Bauchhöhle zu eröffnen. Jedoch muss die Antisepsis mit derselben Genauigkeit geübt werden, als wäre die Laparotomie gemacht. Lässt sich der Tumor nicht stumpf enucleieren, so scheue man sich durchaus nicht, die Bauchhöhle zu eröffnen. Dies giebt sich durch die mit einem blasenden Geräusch einströmende Luft kund. Sänger giebt die Vorschrift, den Tumor in die Höhe zu heben, das Peritoneum durch Massenligatur zu unterbinden und dann erst abzutragen. Zweckentsprechender und ratsamer ist es wohl nach den bisherigen Erfahrungen, das Peritoneum in breiter Wunde mitsamt dem Tumor zu durchschneiden in gleicher Weise, wie man den Muskel von seinen Verwachsungen mit dem Tumor durch schnelle Messerzüge befreit.

Erfordert die Antiseptik die grösste Sorgfalt, so sind von der nämlichen Bedeutung die Blutstillung und die Naht. Die arterielle Blutung ist gewöhnlich gering, beträchtlicher dagegen die venöse. In jedem Falle werden die durchtrennten Gefässe aufgesucht und sofort unterbunden, um die Blutung auf das Minimum zu beschränken. Führt dieses Verfahren nicht zum Ziel, so hat der Operateur in der Umstechung ein sicheres Mittel, der Blutung Herr zu werden. Für den weiteren Wundverlauf ist es wohl von hohem Wert, die Oeffnung im Peritoneum durch sterilisierte Gaze oder gut desinfizierte Schwämme zu schliessen. Denn mit dem möglicherweise hineinfliessenden Blute dringen auch Infectionsträger in die Bauchhöhle hinein, ein Umstand, welcher Eiterung und im schlimmsten Falle eine heftige Peritonitis im Gefolge haben könnte.

Ist der Defect im Peritoneum ein derartiger, dass er durch die Bauchfellnaht nicht gut geschlossen werden kann, so wird er ohne Nachteil für den Patienten in jedem Falle durch die fortlaufende Muskel- resp. Hautcatgutnaht gedeckt. Nur ist eine genaue Naht mit Drainage erforderlich. Die Naht muss einmal so angelegt werden, dass der Wundflüssigkeit resp. dem Eiter

freier Abzug gestattet wird, und zweitens müssen die Wundflächen so vereinigt werden, dass eine Diastase der Musculi recti abdominis oder gar ein Vorfall derselben und mit ihnen ein Hervorblähen der Darmschlingen vermieden werden. Zum Schluss folgt der antiseptische Verband.

Sind alle Massregeln für die Antiseptik getroffen worden, so hat der Operateur stets auf eine Heilung der Wunde per primam zu rechnen. Nur in den seltensten Fällen ist es zur Eiterung gekommen. Nach 8 bis 10 Tagen wird bei normalem, d. h. fieberfreiem Verlauf der erste Verband gewechselt und die Nähte entfernt. Kurze Zeit später sind die Patientinnen als geheilt entlassen worden; nur in einem Falle wurde das Tragen einer festen Leibbinde für die Dauer eines halben Jahres verordnet.

Und wollte ich schliesslich noch ein Wort über das Wohlbefinden der Patientinnen nach der Operation sagen, so kann ich nur das Beste auf Grund der eingezogenen Berichte melden. Bei allen ist die Geschwulst durch die Operation radical beseitigt, und sie erfreuen sich des besten Wohlergehens. Ungestört verrichten sie jegliche Arbeit. Nur in Fall III hat sich an der Stelle der früheren Geschwulst nach Angabe der Patientin allmählich eine Hervorwölbung herausgebildet, die ich als eine Bauchhernie infolge der eingetretenen Diastase der Musculi recti abdominis anzusprechen mich genötigt sehe. Wohl bin ich weit davon entfernt, ein Recidiv anzunehmen. Auch klagt Patientin beim Umschlag der Witterung über einen geringen ziehenden Schmerz an genannter Stelle.

Nach dem durchweg günstigen Verlauf bin ich der Meinung, dass die Radicaloperation eventuell mit Eröffnung der Bauchhöhle stets der partiellen Operation, d. h. mit Zurücklassung eines Teiles von der Geschwulst in der Wunde, vorzuziehen ist.

Nunmehr lasse ich die einzelnen Krankengeschichten in Kürze folgen.

I. Frl. H. aus Japnau. 23 Jahre alt.

Anamnese. Regel mit 16 Jahren, regelmässig, ohne Schmerzen; letzte vor 8 Tagen. Vor ca. vier Jahren wurde Patientin wegen eines linksseitigen Ovarialtumors mit Adhäsionen an der vorderen Bauchwand operiert. Kein Partus. Seit einem Jahre bemerkt Patientin einen neuen Tumor.

Status präsens. Uterus normal, gross, anteflectiert. Rechtes Ovarium normal, wenig vergrössert. Linke Anhänge nicht zu fühlen. Rechts neben der Narbe der früheren Laparotomie liegt ein kindskopfgrosser Tumor, welcher der Bauchwand anhaftet und mit keinem der anderen Organe in Verbindung steht. Im Urin Eiweiss.

Operation. 29. VIII. 85. Links neben der Narbe wird incidiert. Bauchdecken sehr dünn; Netz nicht verklebt. Der Tumor liegt ganz in der vorderen Bauchwand. Uterus normal, linke Anhänge kurz. Im Stumpf noch die vom Gewebe vollständig umwachsene Seidenligatur. Nirgends Verwachsungen. Rechtes Ovarium normal. Wunde wieder mit Seide geschlossen. Dann wird die Haut über dem Tumor durch einen 12 cm. langen Schnitt gespalten. Es entleert sich rötlich gelbe Flüssigkeit, darin einige rote Gerinnsel. Die Wand zeigt Vascularisation. Wundhöhle mit Jodoformgaze ausgestopft. Jodoformverband.

Verbandwechsel am 6. IX. 85. Cystenhöhle mit gutartigen Granulationen bedeckt, bedeutend verkleinert.

Am 14. IX. leichter Schüttelfrost, der in diesem Falle keineswegs ein beginnendes Wundfieber anzeigt.

Am 19. IX. Cystenhöhle mit Arg. nitr. geätzt. Patientin wird bei gutem Wohlbefinden ohne Beschwerden entlassen.

II. Frau W. aus Nauheim. 28 Jahre alt.

Anamnese. Menses mit 15 Jahren, regelmässig, ohne Schmerzen. Letzte Regel vor 14 Tagen. Einmal

geboren, vor 6 Jahren. Geburt und Wochenbett normal. Patientin kommt wegen eines kleinen Tumors, der ihr keine Beschwerden macht, wünscht aus kosmetischen Rücksichten operiert zu werden.

Status präsens. Uterus wenig vergrössert, retroflectiert. Linkes Ovarium etwas vergrössert und empfindlich. Rechtes Ovarium normal. Ueber der Symphyse in der Leistenbeuge eine haselnussgrosse, harte Verdickung in der Haut, mit derselben verschieblich, nicht empfindlich.

Operation. 29. V. 85. Umschneidung. Mit fortlaufender Catgutnaht wird die flache, lanzettförmige Wundfläche vereinigt. Jodoformverband. Da Patientin nur aus kosmetischen Rücksichten die Anstalt aufsucht, und die Retroflexion ihr keinerlei Beschwerden macht, wird von der Behandlung abgesehen.

8. X. 85. Aufrichtung des Uterus mit der Hand sehr schmerzhaft. Operationswunde nach 10 Tagen vernarbt.

III. Frau F. aus Schwerin. 35 Jahre alt.

Anamnese. Periode ganz regelmässig. Dreimal ausgetragen geboren, zuletzt vor zwei Jahren. Nie abortiert. Letzte Menses vor 14 Tagen. Keinerlei Unterleibsbeschwerden. Seit 1½ Jahren bemerkte Patientin nach rechts vom Nabel eine Geschwulst, die anfangs nur haselnussgross war, in den ersten Monaten nur langsam, jetzt in den letzten rascher gewachsen sein soll. Beschwerden verursacht dieselbe garnicht.

Status präsens. Gut genährte, gesund aussehende Frau. Rechts von der Mittellinie bemerkt man im Mesogastrium eine die Bauchwand vorwölbende, kleinfaustgrosse Geschwulst. Ihre obere Grenze verläuft quer in Nabelhöhe; ihre untere in einem nach unten konvexen

Bogen, vier Finger breit tiefer. Nach links hin reicht sie gerade bis zur Medianlinie. Drückt man sie in die Tiefe des Abdomens ein, so sieht man entsprechend ihrer Umgrenzung eine circuläre Furche in der Bauchwand entstehen. Mit letzterer ist die Geschwulst verwachsen. Die Haut ist über ihr überall verschieblich. Sowie sich die Patientin erhebt, wird die Geschwulst vorgewölbt und fühlt sich straffer an, ist dann weniger verschieblich als vorher; scheint innig mit dem rechten Musculus rectus zusammenzuhängen. Ihre Oberfläche ist glatt; ihre Konsistenz derb. Auf Druck ist sie völlig schmerzlos.

Portio kurz, mässig dick. Muttermund geschlossen. Der Uterus liegt ziemlich weit nach hinten, anteflectiert, wenig verschieblich. Beiderseits die Anhänge völlig frei.

Operation. 8. VII. 86. Schnitt parallel der Medianlinie, etwa 3 cm. von letzterer nach rechts, am medialen Rande der Geschwulst. Dieselbe liegt in der Scheide des rechten Musculus rectus, der direct in sie übergeht, daher bei der Auslösung der Geschwulst durchtrennt werden muss. Das Peritoneum haftet dem Tumor fest an, wird deshalb auf eine ziemlich grosse Strecke mit entfernt. Der Tumor hat auf dem Durchschnitt ein gleichmässig fibröses, gallertiges Gefüge. Nach Unterbindung einiger spritzender Gefässe wird die Wunde durch tiefe Nähte geschlossen. Dieselben werden auch lateralwärts mit durch die Muskulatur, also hier vom Musculus obliquus geführt. Eine Vereinigung des oberen mit dem unteren Ende des Musculus rectus durch Naht ist wegen des grossen Defectes nicht möglich. Man fühlt letztere nach Schluss der Bauchwunde als eine Art Gewebslücke. Jodoform-Kompressionsverband.

19. VII. 86. Nach fast ganz fieberfreiem und schmerzlosem Verlauf wird 11 Tage später der Verband ge-

wechselt. Die Wundränder sind gerötet, aus sämtlichen Stichkanälen quellen Eitertropfen; aus dem untersten lässt sich eine Eitermenge von ca. zwei Esslöffeln ausdrücken. Entfernung der Nähte.

22. VII. 86. Nach rechts von der fast verklebten Wunde sind die Weichteile infiltriert, die Haut gerötet, und aus dem untersten Stichkanal quillt noch immer Eiter. Da derselbe keinen genügenden Abfluss hat, wird eine 3 cm. lange, tiefe Incision gemacht, die einen in der Bauchmuskulatur gelegenen, von der Bauchhöhle überall abgeschlossenen, taubeneigrossen Abscess eröffnet. Tamponade mit Jodoformgaze. Kein Fieber. Subjectives Befinden gut.

6. VIII. 86. Die Wunde ist bis auf eine ganz kleine, gut granulierende Stelle vernarbt. Zur Zeit keine Hernie bemerkbar. Befinden der Patientin sehr gut. Entlassung. Patientin soll ein halbes Jahr lang eine feste Leibbinde tragen.

IV. Frau v. R. aus Konitz. 32 Jahre alt.

Anamnese. Menses mit 14 Jahren, immer regelmässig, ohne Schmerzen, stark. Sechs normale Geburten, letzte vor 6 Jahren. Wochenbett normal. Periode normal; Allgemeinbefinden gut. Vor zwei Monaten bemerkte Patientin zufällig eine gänseeigrosse Geschwulst in der linken Unterbauchgegend. Keine Beschwerden weiter.

Status präsens. Links über der Darmbeinschaufel, dicht unter den Bauchdecken ist ein rundlicher, harter und scheinbar durch Adhäsionen etwas fixierter Tumor von Walnussgrösse zu fühlen.

Portio kurz, weit nach vorn. Uterus stark retroflectiert, sehr beweglich, aufrichtbar. Ovarien frei.

Operation. 12. V. 87. Schnitt ca. 10 cm. parallel zum Ligamentum Poupartii, direct über dem Tumor. Umstechung einiger spritzender Muskelarterien. Dann wird langsam tiefer präpariert, bis man auf den harten, fibromatösen Tumor gelangt; derselbe wird mit Muzeux angezogen und mit Eröffnung der Bauchhöhle aus der Fascia transversa, der er angehört, mit einem fest auf ihm sitzenden Bauchfellüberzuge abgetragen. Unterbindung einer spritzenden Arterie. Isolierte, fortlaufende Catgutnaht des Bauchfells und Schluss der Wunde durch Seidenknopfnähte. Dauer $^3/_4$ Stunde.

V. Frau S. aus Berlin. 22 Jahre alt.

Anamnese. Menses mit 14 Jahren, immer regelmässig, ohne Schmerzen, früher mit Schmerzen, stark. Zwei normale Geburten, letzte vor 2 Monaten. Nach der ersten Entbindung 4 Wochen bettlägerig an Mutterbänderentzündung. Im Anfang der letzten Schwangerschaft, etwa vor einem Jahre, bemerkte Patientin einen walnussgrossen Tumor in der rechten Seite, der inzwischen gewachsen ist, keine Beschwerden macht und auf Druck nicht schmerzhaft ist.

Status präsens. Ueber der rechten Inguinalgegend fühlt man einen harten, enteneigrossen, wenig beweglichen Tumor, der seine Basis auf der Beckenschaufel über der Spina ossis ilei anterior superior zu haben und vorn mit der Fascie der Bauchdecken in Verbindung zu sein scheint. Schall gedämpft; Oberfläche ziemlich glatt. Länge des Tumors 19 cm.; Breite 12 cm.

Uterus anteflectiert, von ziemlich normaler Grösse und Gestalt. Linke Anhänge normal; rechts scheinen sie nach hinten zu adhärieren. Uterus beweglich, nach hinten etwas fixiert. Douglas auf Druck schmerzhaft.

Operation. 21. VI. 87. Haut über die Länge des

Tumors, ca. 15 cm. parallel zum Lig. Poupartii. Schichtenweises Durchtrennen der oberflächlichen Fascie und des Musculus obliquus externus. Dann kommt man auf den Tumor selbst, der sich nach und nach ohne Eröffnung der Bauchhöhle herausschälen lässt. Er sitzt fest, etwas nach innen und $1^1/_2$ cm. höher von der Spina ossis ilei anterior superior, wird hier vom Knochen losgelöst. Mehrere Umstechungen spritzender Arterien mit Catgut. Fortlaufende Catgutnaht der gespaltenen Fascie und Vereinigung der Hautwunde durch Catgut. Kompressionsverband. Wunde per primam.

VI. Frau Z. aus Potsdam. 33 Jahre alt.

Anamnese. Zwei normale Partus, zuletzt vor $1^1/_4$ Jahren. Keine Wochenbetterkrankungen. Kein Abort. Menses früher unregelmässig; besuchte die Poliklinik wegen Retroflexio uteri. Ein Pessar regelte die Periode seit 4 Monaten. Seit 4 oder 5 Jahren bemerkt Patientin einen Knoten in der rechten Seite, der allmählich grösser geworden ist. Schmerzen im ganzen Leibe.

Status präsens. Rechts vom Nabel befindet sich ein handtellergrosser, harter, höckriger Tumor, über welchem die Hautdecken verschieblich sind. Man kann den Tumor mitsamt den Bauchdecken emporheben und konstatieren, dass er innerhalb der Bauchdecken gelegen ist. Eine Stielverbindung nach der Abdominalhöhle ist nicht nachweisbar. Uterus und Anhänge normal. Ersterer wird durch ein Wiegenpessar in normaler Lage erhalten.

Operation. 19. I. 89. Nachdem der Tumor mitsamt den Bauchdecken mit der Hand emporgehoben ist, wird die Haut über seiner Mitte in der Längsrichtung des Tumors gespalten. Hierauf lässt sich die Geschwulst bis zu ihrer Basis, welche durch ein etwa

6 cm. langes und 3 cm. breites Stück der vorderen Rectusscheide gebildet wurde, stumpf auslösen; Muskelfasern wurden auf der Oberfläche des Tumors nicht gefunden. Das oben erwähnte, dem Tumor fest adhärente Stück der Rectusscheide wurde mit Messer und Scheere abgetragen. Nach Entfernung des Tumors wurde die Wunde in ihrer Tiefe durch fortlaufende Catgutetagennaht geschlossen, schliesslich ebenfalls durch fortlaufende Catgutnaht die Bauchdecken vereinigt. Blutung war gering gewesen Der Tumor erwies sich als gänseeigrosses, vielhöckriges Fibrom der vorderen Rectusscheide. Heftpflaster-Jodoformverband. Heilung per primam.

VII. Frau S. aus Halle. 26 Jahre alt.

Anamnese fehlt.

Status präsens. Rechts in den Bauchdecken, etwas nach innen von der Spina ossis ilei anterior superior sitzt ein kaum hühnereigrosser Tumor, welcher unter der Bauchhaut in der Muskulatur gelegen ist; in der Tiefe ist er fest mit seinem Boden verbunden.

Operation. 14. V. 89. Horizontal wird die Bauchhaut gespalten, ca. 10 cm. lang. Die Scheide des Musculus obliquus abdominis externus geht über dem Tumor weg, wird gespalten, dann liegt er frei zu Tage, von einigen Muskelfasern bedeckt. Er geht von der hinteren Wand des Musculus obliquus abdominis internus aus. Beim Abtrennen der Muskelfasern wird die Bauchhöhle eröffnet, und ein ca. fünfmarkstückgrosses Stück aus dem Peritoneum ausgeschnitten. Das Peritoneum wird sagittal mit fortlaufender Naht geschlossen, dann der Muskel, aus welchem das Fibrom ausgeschnitten wurde; darüber in horizontaler Richtung die Haut, auch mit fortlaufender Naht. —

4. VI. 89. Die Wunde ist in der Tiefe per pri-

mam geheilt; nur die Haut ist, soweit sie von der fortlaufenden Catgutnaht gefasst ist, gangränös geworden.

VIII. Frau W. aus Ziesar. 37 Jahre alt.

Anamnese. Stets gesund. Regel mit 20 Jahren, regelmässig, alle 4 Wochen, stark, 8 Tage dauernd. Vier ausgetragene Geburten, die letzte vor $1^1/_4$ Jahren. Vor einem halben Jahre abortiert im 3. Monat. Curettement vom Arzt. Blutung stand. Periode seitdem wieder regelmässig, das letzte Mal vor 3 Wochen. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkt Patientin in der linken Unterbauchgegend in der Höhe der Spina ossis ilei anterior superior, von derselben 2 cm. entfernt, eine Verhärtung in den Bauchdecken.

Status präsens. Vagina mittelweit. Uterus von normaler Grösse, anteflectiert, etwas dextroponiert. An den Anhängen nichts Besonderes. Die rechte Douglassche Falte etwas verkürzt. In der Höhe der linken Spina ossis ilei anterior superior, 2 cm. nach rechts von derselben in den Bauchdecken ein ca. markstückgrosser, harter, rundlicher Tumor, welcher druckempfindlich ist, und von dessen beiden Seiten nach rechts und links deutlich tastbare, ligamentartige Stränge abgehen. Der Tumor scheint in der Fascie zu liegen. Die Haut über demselben verschieblich.

Operation. 28. I. 90. Incision auf der Mitte des Tumors, ca. 4 cm. Der Tumor wird teils stumpf, teils mit dem Messer ausgeschält. Zwei Gefässe unterbunden; darauf Vereinigung der Wunde mit fortlaufender Catgutnaht. Dauer der Operation $^1/_4$ Stunde.

1. II. 90. Wunde per primam geheilt.

IX. Frau S. aus Frankfurt a. O. 25 Jahre alt.

Anamnese. Seit dem 15. Jahre die Periode, normal.

Dreimal Partus. Stets leicht. Letzter Partus vor zwei Jahren. Seitdem geringer Ausfluss aus der Scheide und im Abdomen Schmerzen. Aerztliche Behandlung und Operation, angeblich Abkratzung wegen Geschwüre an der Gebärmutter. Mässiger Ausfluss bestand fort. Patientin hat deswegen täglich Ausspülungen mit Holzessig vorgenommen. Menses blieben regelmässig. Seit einem Jahre bemerkt Patientin in der rechten Unterbauchgegend eine Geschwulst, anfangs stecknadelkopfgross, allmählich zu Apfelgrösse heranwachsend. Erst in den letzten 14 Tagen empfindet sie geringe Schmerzen in der Gegend der Geschwulst beim Laufen und Liegen auf dem Rücken.

Status präsens. In der rechten Unterbauchgegend, bis an die Linea alba herangehend und etwas oberhalb des Nabels ein derber, rundlicher Tumor von Kleinfaustgrösse, der von der Fascia transversa ausgeht. Haut über demselben gut verschieblich, nicht gerötet. Vagina mittelweit; vordere und hintere Wand etwas erschlafft. Uterus antesinistroflectiert. Linkes Parametrium und rechte Douglassche Falte verkürzt.

Operation. 12. V. 90. Spaltung der Bauchhaut auf der Mitte des Tumors; derselbe wird teils stumpf, teils scharf enucleiert, wobei das Peritoneum uneröffnet bleibt. Mit fortlaufender Catgutetagennaht wird die Wundhöhle geschlossen. Dauer der Operation 25 Minuten.

Es bleibt mir noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Olshausen für die freundliche Ueberlassung des Materials und für die liebenswürdige Durchsicht der Arbeit, sowie seinen Assistenten den Herren Dr. Gebhard und Dr. Saurenhaus für ihre bereitwillige Hilfeleistung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Sänger. Ueber primäre desmoide Geschwülste der Ligg. lata. Arch. für Gyn. Bd. XVI. Heft 2.

Derselbe. Weitere Beiträge zur Lehre von den primären desmoiden Geschwülsten der Gebärmutterbänder, bes. der Ligg. rot. Arch. f. Gyn. Bd. XXI. Heft 2.

Grätzer. Die bindegewebigen Neubildungen der Bauchwand. Inaug.-Dissertation. Breslau 1879.

Herzog. Ueber Fibrome der Bauchdecken. München. 1883.

Guerrier. Contribution à l'étude des fibromes du tronc en rapport avec la paroi abdominale antérieure. Thèse de Paris 1883.

Sklifossowsky. Ist die Resection des Prelum abdominale zulässig? Wratsch. 1882 No. 18.

Bruntzel. Zur Casuistik der bindegewebigen Neubildungen der Bauchdecken. Deutsche med. Wochenschrift 1884 No. 15.

Billroth. Grosses in die Bauchhöhle hineinragendes Fibrom der vorderen Bauchwand. Wiener med. Wochenschrift 1874 No. 36. Mitgeteilt von Gersuny.

Suadicani. Ueber Geschwülste in den Bauchdecken und deren Exstirpation. Inaug.-Diss. Kiel 1875.

Leopold. Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Geschwülste. Virch. Arch. Bd. 85.

Grawitz. Ueber die Entstehung krankhafter Geschwülste. Wiener med. Wochenschrift 1884. No. 12 und 13.

Gussenbauer. Wien. med. Wochenschr. 1873. p. 172.

Ebner. Grosses Fibrom der Bauchdecken. Berl. klin. Wochenschrift 1880 No. 37.

v. Rokitansky. Mitteilungen des Wiener med. Doctoren-Collegiums. Wiener med. Presse 1880 No. 4 u. 5.

Baker Brown. Intraabdominal Fibroid attached to the Rectus muscle success fully removed. Med. Times and Gazette. 1870. I.

Cameron. The Glasgow Medical Journal. Vol. VII. No. I. 1875.

Ahlfeld. Zur Casuistik der kongenitalen Neoplasmen. Arch. für Gyn. Bd. XII. 1880.

Virchow. Krankheitswesen und Krankheitsursachen. Arch. für path. Anat. Bd. LXXIX. 1880.

Derselbe. Ueber Entzündungen und Ruptur des Musc. rect. abdom. Würzburger Verhandl. 1853.

Derselbe. Die krankhaften Geschwülste. Bd. I. u. II.

Thesen.

I.

Bauchdeckenfibrome sollen so früh als möglich operiert werden.

II.

Nicht in jedem Falle ist nach Abortus das Curettement zu machen.

III.

Durch richtig ausgeführte Venenausschälung bei Varicen werden regelmässig und andauernd die durch Varices bedingten Beschwerden und Veränderungen der Haut beseitigt.

Vita.

Verfasser dieser Arbeit, Richard Lange, evangelischer Konfession, Sohn des verstorbenen Königl. Rentmeisters Louis Lange, wurde am 22. October 1865 zu Heilsberg in Ostpreussen geboren, besuchte das Kneiphöfische Gymnasium zu Königsberg i. Pr. und dasjenige zu Belgard, wo er Michaelis 1886 das Zeugnis der Reife erhielt. Studierte darauf bis Ostern 1889 in Berlin, bestand in seinem vierten Semester die ärztliche Vorprüfung und genügte in dem darauf folgenden Winter seiner Militärpflicht beim 2. Garde-Regiment zu Fuss. Den Sommer 1889 studierte er in Freiburg, kehrte dann nach Berlin zurück und wurde Michaelis 1889 bei der Friedrich-Wilhelms-Universität zum zweiten Male immatriculiert, der er bis jetzt angehört. Am 20. Juni 1890 bestand er das Tentamen medicum, am 27. Juni das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

B. Baginsky, v. Bergmann, du Bois-Reymond, Busch, Fasbender, Gerhardt, Hartmann, v. Helmholtz, Hirschberg, v. Hofmann, Koch, Kossel, Lassar, Leyden, Mendel, Middeldorpf, Ols-

hausen, Reinhold, Salkowski, F. E. Schulze, Schweigger, Schwendener, Sonnenburg, Thomas, v. Treitschke, R. Virchow, Waldeyer, Winter, Jul. Wolff, Ziegler.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.